LE PLACENTA PRAEVIA

Définition.

- Le placenta est dit praevia lorsqu'il s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

Fréquence.

Elle est variable de 0,33 à 2,6% selon :

- Les critères cliniques adoptés
- Les méthodes diagnostic
- Le moment du diagnostic au cours de la grossesse, pendant le travail ou après la délivrance
- Selon les variétés retenues

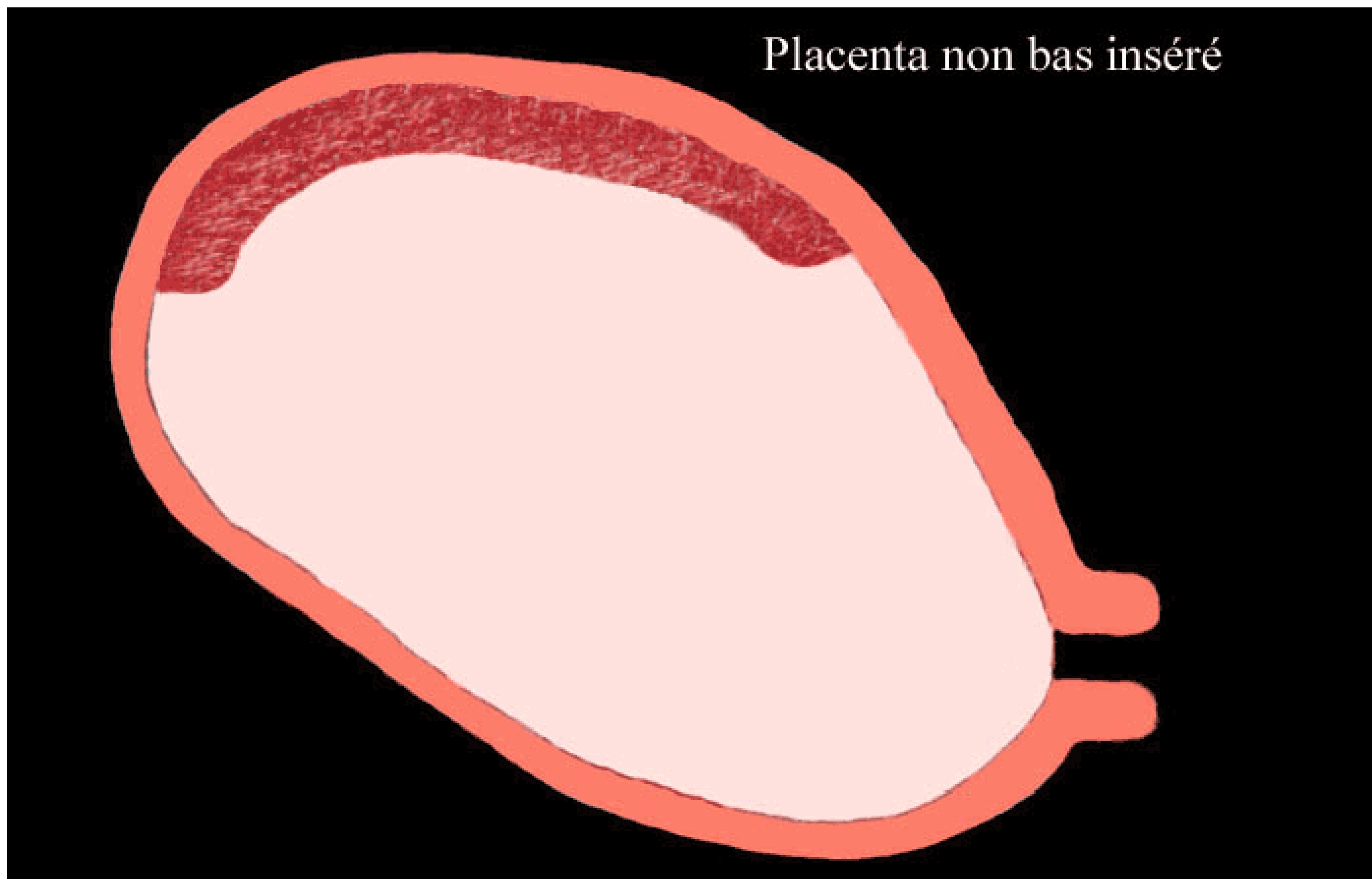
Etiologies.

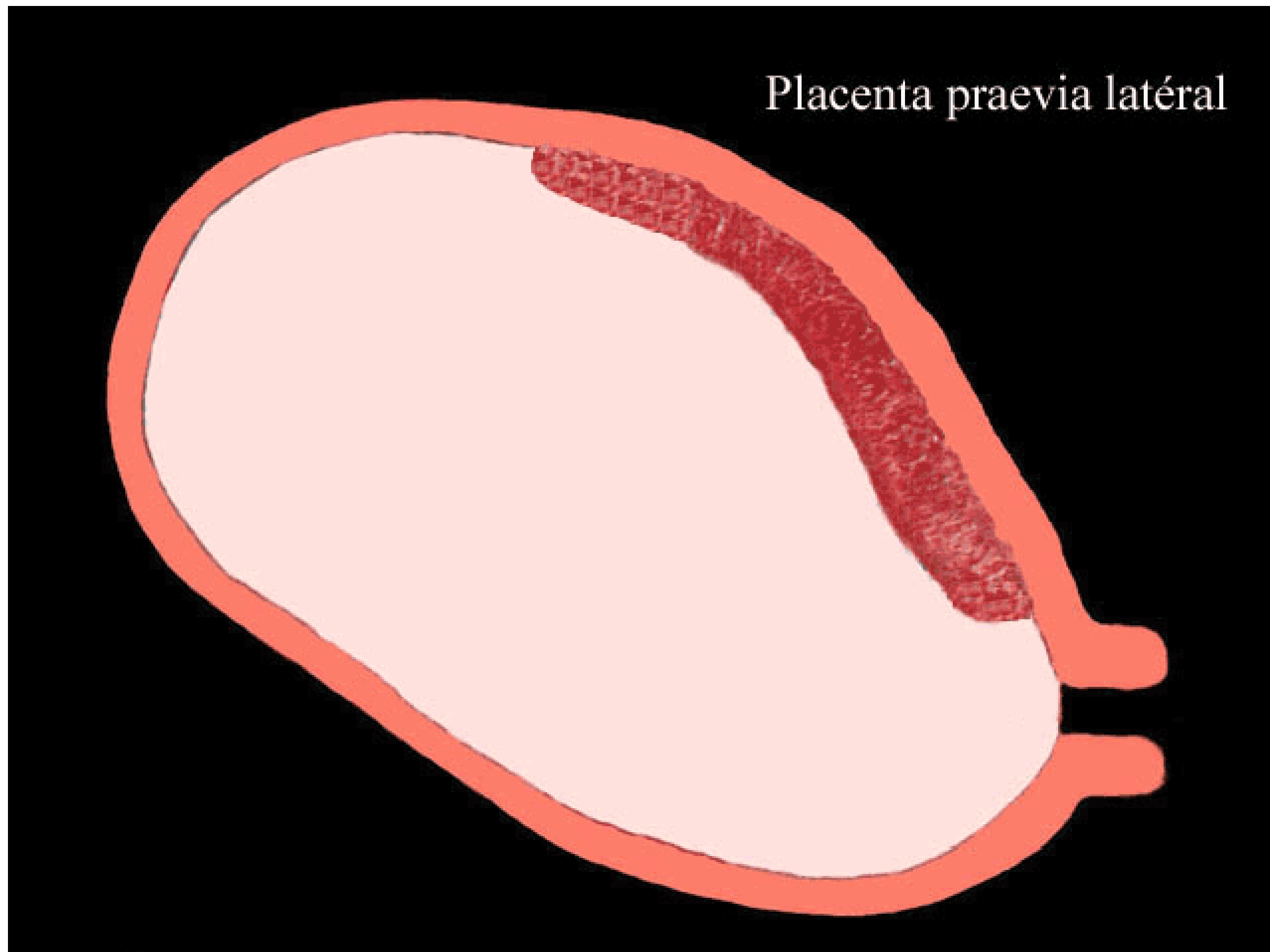
On n'en connaît pas de causes réelles ;On a constate l'existence de facteurs favorisants:

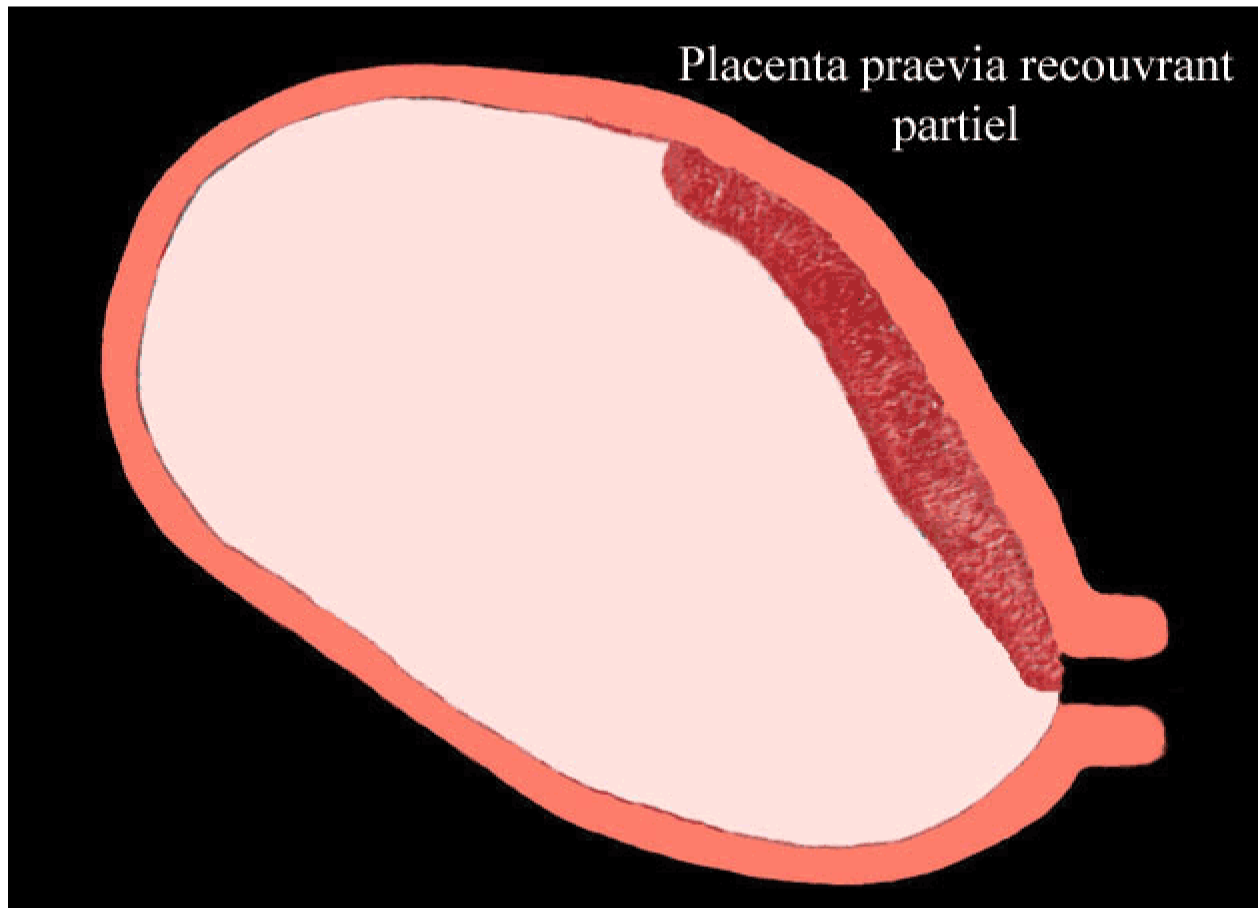
- Multiparité
- Antécédents d'avortements
- Cicatrices utérines et lésions endométriales
- Grossesse gémellaire
- Malformations utérine
- Récidive de P.P
- Facteurs divers (malformations utérines, fibromes sous muqueux, tabagisme)

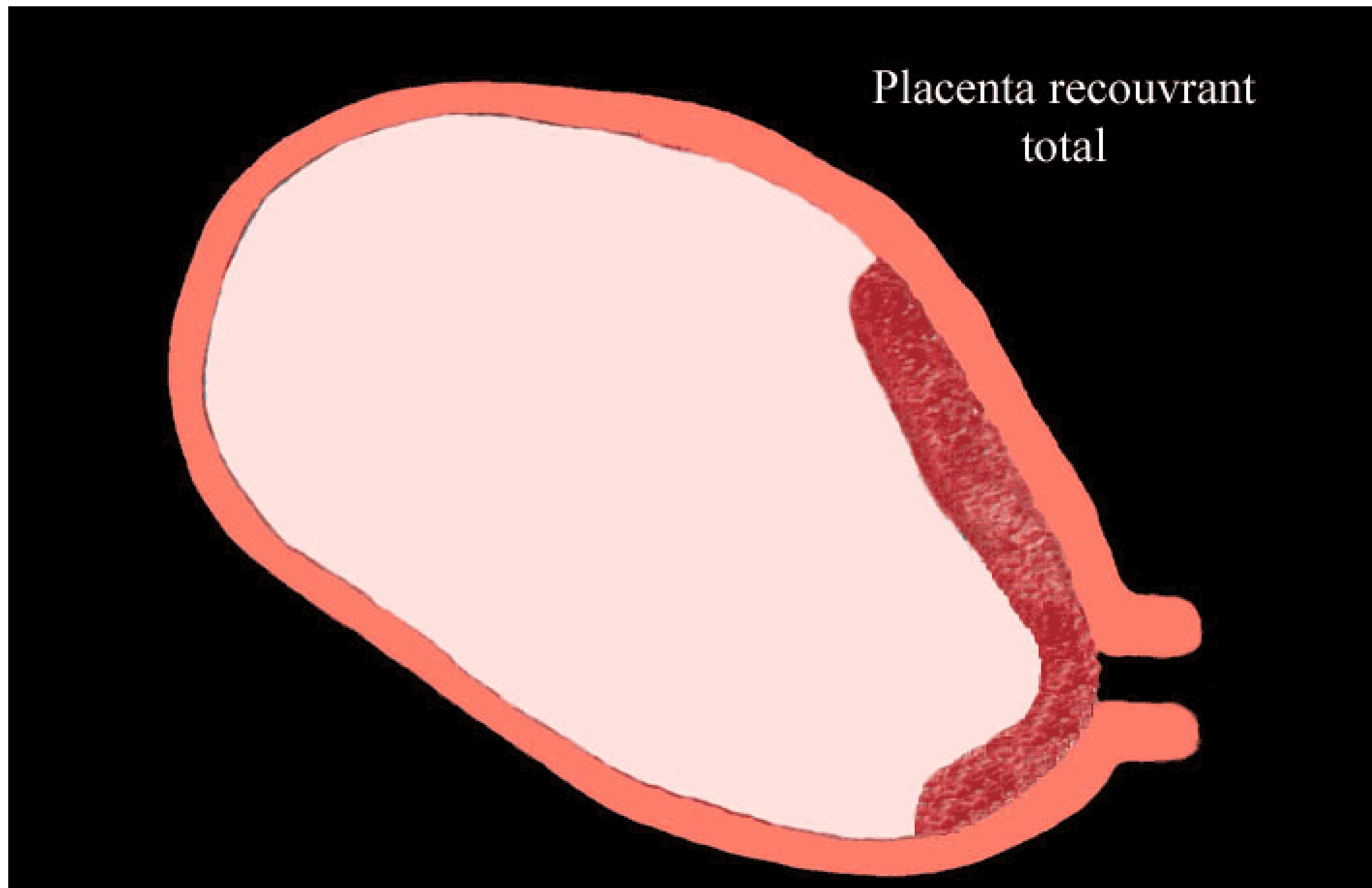
Classification anatomique.

- ***Pendant la grossesse.***(de MACFEE)
  - P.P centrale : recouvre en totalité l'orifice cervical interne. (stade IV de MACFEE)
  - P.P partiel : une seule partie du col est recouvert par le placenta. (stade III de MACFEE)
  - P.P marginale : le bord inférieur du atteint l'orifice cervical interne. (stade II de MACFEE)
  - P.P latérale: Le placenta s'insère sur le segment inférieur mais n'atteint pas l'orifice interne du col.


Placenta non bas inséré


Placenta praevia latéral


Placenta praevia recouvrant partiel


Placenta recouvrant
total

Classification anatomique.

- ***Pendant le travail.***
  - Le bord inférieur du placenta entre en relation dynamique avec l'orifice cervical interne.
  - Au cours de la première partie du travail un placenta central peut devenir partiel, un placenta partiel peut devenir marginal et celui ci peut devenir latéral.
  - La classification doit se faire entre 3 et 5 cm de dilatation .On distingue alors :
  - Le placenta praevia non recouvrant appelé marginal.
  - Le placenta praevia recouvrant partiel ou total

Pathogénie.

- ***De l'insertion du placenta.***
  - Peut s'expliquer par une implantation primitivement trop basse de l'œuf au voisinage de l'isthme.
  - Plus souvent par la diffusion anormale du placenta normalement implante.

Pathogénie.

- ***De l'hémorragies.***
  - les hémorragies sont dues au décollement du placenta deux mécanismes sont possibles et plus ou moins associes:
  - Le tiraillement des membranes sous l'action des contractions utérins(propulsion des membranes vers le bas qui provoque le décollement du placenta).
  - Le glissement du segment inférieur sous la surface placentaire, en fin de grossesse ou au moment de la dilatation
- La source de l'hémorragie est double maternelle et fœtale.

Clinique.

- En général en fin de grossesse (les 3 derniers mois)
- ***Un signe majeur.***
- L'hémorragie: spontanée, a début brusque, indolore, d'abondance variable, faite de sang rouge qui coagule.
- Elle a tendance à s'arrêter spontanément mais à récidiver.
- ***Un réflexe.*** L'hospitalisation.

Clinique.

- ***Le diagnostic.*** *repose sur: l'interrogatoire et l'examen clinique*
- ***L'interrogatoire.***
  - Existence de métrorragies spontanées, rouge, indolore et récidivante
  - Recherche des facteurs de risque

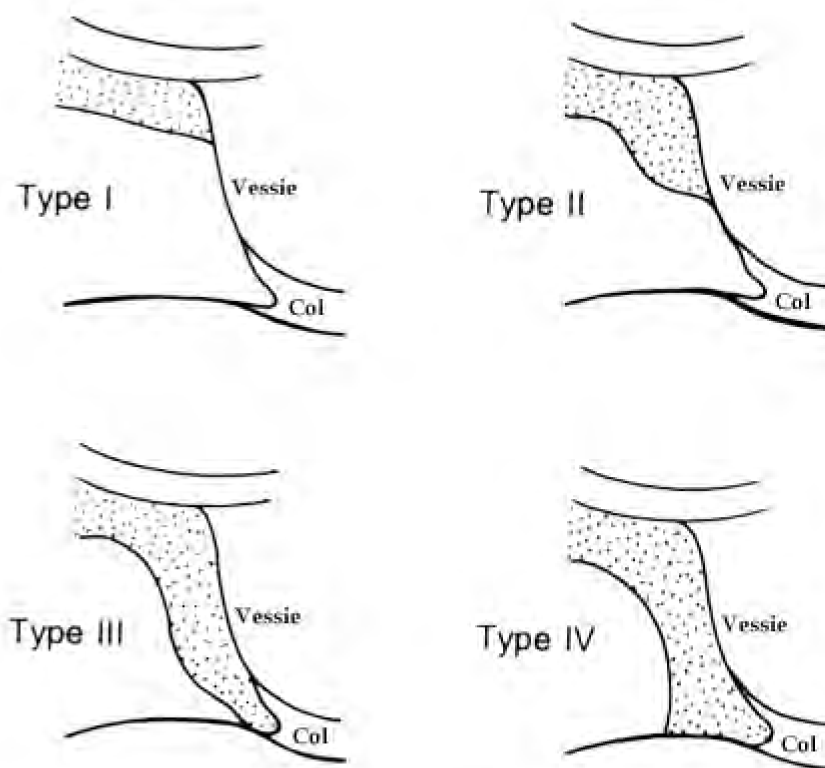
Clinique.

- *Des signes cliniques.*
  - Le palper montre que:
    - La présentation est souvent élevée, mal accommodée au détroit supérieur, parfois elle est déviée de l'axe du bassin ou franchement vicieuse.
    - La présentation du siège est plus fréquente que de coutume.
    - L'utérus est souple sans contracture.
  - L'auscultation: retrouve des B.C.F.
  - Au spéculum : on confirme l'origine endo-utérine du saignement
  - Le toucher vaginal: doit être prudent jamais intra-cervical et montre
    - Que le col est long, le segment inférieur mal formé.
    - Confirme le défaut d'accommodation de la présentation.
    - Sensation de matelas ou d'éponge qui traduirait l'interposition du placenta entre le doigt et la présentation.

Examens complémentaires:

- L'échographie à vessie pleine: qui montre avec exactitude 1' insertion du placenta. (classification de BESSIS) PP antérieur
  - Type 1 : placenta arrivant au tiers supérieur du mur postérieur de la vessie.
  - Type 2 : placenta arrivant au tiers moyen.
  - Type 3: placenta arrivant au tiers inférieur.
  - Type 4: placenta dépassant l'orifice cervical jutent

[redacted]

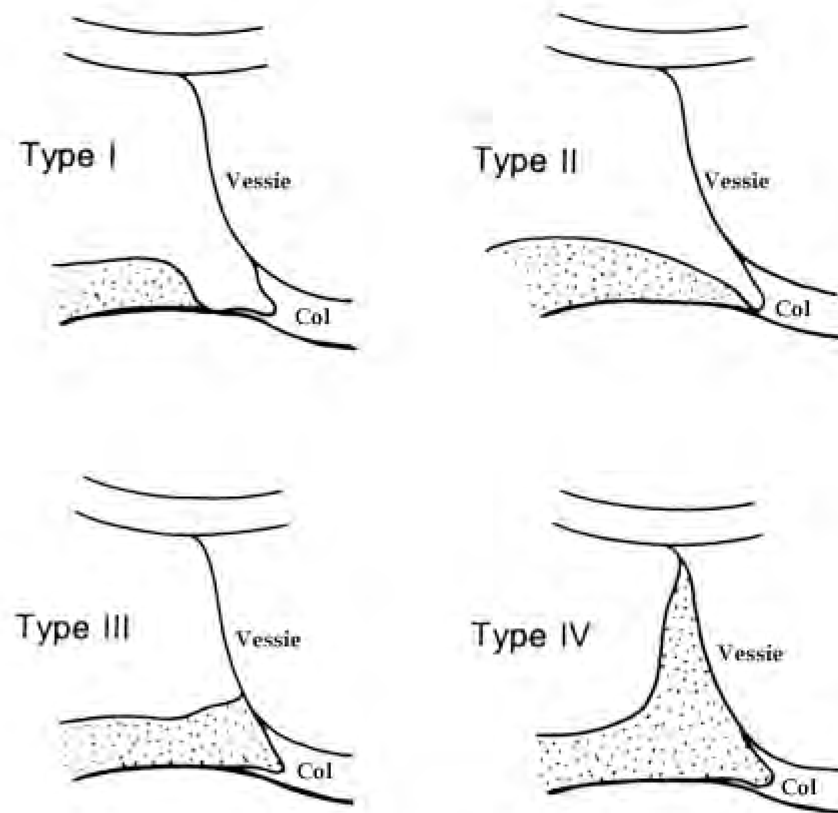


Placentas bas-insérés antérieurs

Examens complémentaires:

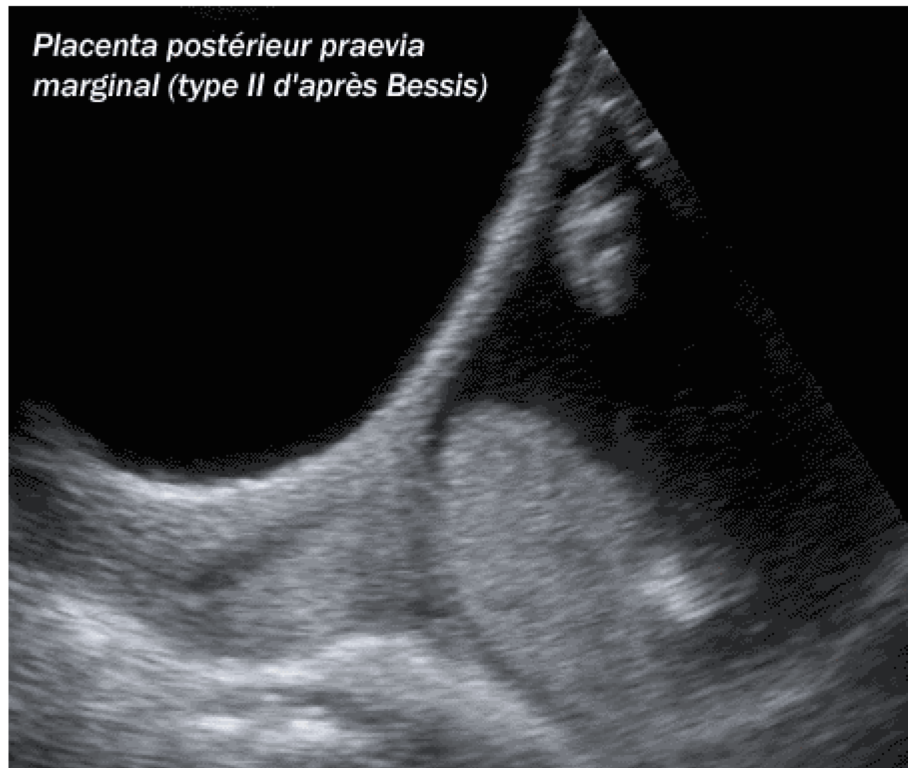
- Les placentas prævia, postérieurs :
  - de type I : la limite inférieure de placenta se situe à moins de 4 cm en arrière du col de l'utérus ;
  - de type II : la limite inférieure du placenta atteint le col utérin , ;
  - de type III : la limite inférieure du placenta atteint le tiers inférieur de la vessie ;
  - de type IV : la limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical.

[redacted]



Placentas bas-insérés postérieurs


Placenta bas inséré, postérieur Type I


Placenta postérieur praevia
marginal (type II d'après Bessis)

Examens complémentaires:

- Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal qui apprécie le bien être fœtal .

Diagnostic différentiel.

- Eliminer d'abord une cause extra-utérine du saignement
- **Hémorragies endo-utérine du second trimestre**
  - Hématome rétroplacentaire
  - Avortement tardif
  - Môle hydatiforme
  - Béance du col
- **Hémorragies endo-utérine du troisième trimestre**
  - Hématome rétroplacentaire
  - Hématome dicidual marginal
  - Rupture utérine
- **Hémorragies endo-utérine du travail**
  - H.R.P
  - Rupture utérine
  - Hémorragie de BENKISER (rupture d'un vaisseau praevia souvent en regard de l'aire de dilatation lors de la rupture des membranes).

Evolution

- Elle est imprévisible:
  - Tantôt, sous l'influence du repos, des antispasmodiques, la grossesse atteint le voisinage du terme.
  - Tantôt, survient une rupture des membranes et un accouchement prématuré (attention à la procidence du cordon).
  - Tantôt les hémorragies se répètent, ne laissant d'autre solution que la césarienne.

Evolution

- **Au moment du travail.**
  - Les hémorragies apparaissent avec les premières contractions. Elles n'ont pas tendance à s'arrêter.
  - Le toucher vaginal dangereux découvre:
    - Parfois une insertion recouvrante imposant une césarienne en urgence.
    - Parfois des membranes rugueuses qu'il faut rompre largement pour arrêter l'hémorragie ce qui entraîne l'arrêt du tiraillement sur le placenta et permet la descente de la présentation qui servira de tampon.

Evolution

- **Au cours de la délivrance.**
  - L'hémorragie est toujours redoutable car elle survient chez une femme qui a déjà saigné et est de ce fait plus sujette à l'état de choc.
  - L'hémorragie peut être due:
    - à une rétention placentaire
    - à une absence de rétraction du segment inférieur
    - rarement placenta accreta.
    - exceptionnellement défibrination aiguë.

Pronostic.

- **Maternel.**

  Trois risques sont à craindre:
  - Le choc et l'anémie aiguë
  - L'infection.
  - Les maladies thromboemboliques.

Pronostic.

- **Fœtal.**
  La mortalité est importante. Le pronostic est fonction :
  - de la prématurité (maladie des membranes hyalines).
  - du traumatisme obstétrical (présentation vicieuse).
  - de la procidence du cordon.
  - de l'anoxie in utero.
  - de l'anémie fœtale (villosités déchirées lors du décollement placentaire d'où saignement fœtal).

Traitement.

- **Au cours de la grosses.**
  - Mettre la patiente au repos complet, au lit suffit souvent à arrêter l’hémorragie.
  - Prescrire des antispasmodiques: prudence avec les béta-mimétiques (salbutamol) car ils peuvent aggraver le saignement par la vasodilatation qu’ils provoquent.
  - Faire au besoin des transfusions répétées guidées par la N.F.S.
  - Surveiller le fœtus (croissance et vitalité) par l’examen clinique, ERCF et échographique.
  - Césarienne au voisinage du terme si placenta prævia central.

Traitement.

- **Au cours du travail.**
  - Si le placenta prævia est latéral ou marginal on procède à la rupture large et précoce des membranes qui aboutit:
    - à une évolution favorable dans 60% des cas.
    - à un échec: recours à la césarienne qui est parfois difficile par la mauvaise formation du segment inférieur.
  - Si le placenta prævia est central: césarienne.
  - La réanimation est capitale pour la mère et l'enfant.